

El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas

Escrito por Mario Salvador

El trauma psíquico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones, que todos tenemos, de comportamiento disfuncional.

El trauma psíquico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones, que todos tenemos, de comportamiento disfuncional.

Me gusta emplear la definición que Pierre Janet empleó ya en 1894 y que luego matizó en 1919 para definir el trauma psicológico: "Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales"

En esta definición están contenidos los elementos sustantivos del concepto de trauma. La persona se enfrenta a una situación de amenaza psicológica o vital de la que no puede escapar y para la que sus recursos normales no son eficaces; es decir, no puede enfrentarse a ella de manera que pueda hacerla desaparecer ni puede huir.

En otras ocasiones, el trauma ocurre a través de un período vital prolongado en el que el niño vive en una atmósfera emocional que carece de calidad afectiva o en la que abundan los malos tratos físicos y/o psicológicos. En estos casos, el niño no dispone de relaciones personales que le ayuden a consolidar un sentido del sí mismo como digno y valioso. En casos como este hablamos de "trauma acumulativo" o, como más recientemente acuñan otros autores del campo de investigación del estrés postraumático (Van der Kolk et al.) "trastornos de estrés postraumático complejo" o DESNOS (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified).

En situaciones de amenaza crónica o de amenaza extrema, los mecanismos de defensa activa (lucha-huida) no sólo no pueden ser eficaces, en general hacen que la situación amenazante se haga todavía más peligrosa. Pongamos el caso de un niño que vive con un padre alcohólico; cuando este está bebido y violento, si el niño o alguien de la familia se enfrenta a él probablemente empeorarán las cosas y la situación se hace todavía más peligrosa. Entonces, la manera más eficaz de defenderse es la defensa pasiva: el niño se somete y trata de no molestar ni hacer nada que pueda provocar la ira de la persona amenazante. Si esta es una situación crónica y además, no hay ningún otro cuidador que sirva de figura protectora y que ofrezca cuidados afectivos sólidos, probablemente este niño tratará de "hacerse invisible", de retirarse y de refugiarse en sí mismo buscando sus propios recursos para protegerse y consolarse. Este niño conformará un guión de vida solitario, retraído y aislado del mundo exterior; probablemente elaborando creencias de guión del tipo "No valgo nada", "soy culpable de lo que pasa", "soy una carga", "los demás no me quieren ni me comprenden", "la vida no tiene sentido de ser vivida"; y probablemente desarrolla un self social acomodaticio y sumiso, tratando de que los demás le acepten; pero no logrando eficazmente el respeto y la consideración.

Este niño no habrá aprendido a discriminar las señales internas de falta de respeto y seguirá involucrándose en relaciones dañinas en el futuro.

El guión de vida es un grupo complejo de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones de la vida implícitas (aquellas compuestas de reacciones inconscientes para las que todavía no hay lenguaje, capacidad de secuenciación de eventos o pensamiento consciente) y decisiones explícitas formadas bajo estrés en cualquier momento del desarrollo, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de un estado saludable y las maneras de relacionarse con las personas (Erskine, 1986).

El guión se desarrolla por el niño como medio de afrontar los fallos relacionales con las personas significativas de las que depende y que fracasan repetidamente en dar satisfacción a las necesidades. Habitualmente, estos patrones inconscientes fueron formulados, reforzados y elaborados a lo largo de diferentes edades en el desarrollo de la persona como consecuencia de rupturas y faltas de sintonía en la relación con otros; es decir, se forman a raíz de fallos acumulativos a lo largo de la relación con el otro. Khan (1963) habla del trauma acumulativo como el resultado de las rupturas en el papel de la madre como un escudo protector a lo largo del curso del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia.

Antes de tener lenguaje, el ser humano tiene ya una vasta experiencia de "estar en relación" y de cómo manifestarse para ser respondido, o al no ser respondido. Así, los guiones de vida son sistemas inconscientes de organización psicológica y autorregulación construidos primordialmente como recuerdos o memorias implícitas y expresados a través del malestar fisiológico, escaladas o inhibiciones de las respuestas afectivas y a través de relaciones transferenciales repetitivas que tienen lugar en la vida cotidiana, aquellas que responden a expectativas acerca de la relación con otros.

Desde el punto de vista neurobiológico, este niño del ejemplo anterior ha de poner en marcha mecanismos de defensa pasivos; que implican la parálisis y la anestesia emocional. No cumple ninguna función sentir necesidades que no van a ser satisfechas o que, de sentir las, van a provocar la toma de consciencia dolorosa de ser rechazado o minimizado (ej, al niño que se dice "lloras por tonterías", "eres una persona triste y no tienes motivos"). La parálisis tiene una función biológica de supervivencia en todos los mamíferos: evita que el depredador o el más fuerte deje de atacar, y con ello muchas veces se salva la vida. Asimismo, en la parálisis se segregan endorfinas que actúan como anestésicos naturales contra el dolor físico y emocional, con lo que el individuo puede seguir enfrentándose a los asuntos prácticos requeridos para su supervivencia. En el ejemplo que nos ocupa, el niño podrá seguir viviendo en el hogar de sus cuidadores aún cuando los cuidados sean frustrantes hasta que pueda hacerse mayor y valerse por sí mismo. Pero esta respuesta de parálisis no es biológicamente homeostática. Mientras que en condiciones normales la rama simpática del SNA se activa para enfrentarse a la amenaza y una vez pasada se desactiva dando paso a la activación de la rama parasimpática que facilita los procesos de recuperación, en la situación traumática el individuo tiene que frenar de una manera "no homeostática" la activación del sistema simpático; esto ocurre activando simultáneamente la rama parasimpática y simpática del SNA. Los efectos experienciales son la vivencia de falta de tonicidad muscular, sensación de frío intenso que viene del interior al exterior, pérdida del sentido y conexión con la realidad, ... Estamos hablando del fenómeno de la disociación; podemos decir que cuando el cuerpo no puede escapar, la mente trata de no-estar en el cuerpo, en la realidad. Desde la óptica biológica, llamamos a esto respuesta de "inmovilidad tónica". Es bien sabido como los trastornos de estrés postraumático tienen un componente somatoforme; las personas que han sufrido de traumas, simples o crónicos, no resueltos presentan una plétora de quejas somáticas, bien sea relacionadas con el sistema digestivo, sexual, dolores de cabeza no tratables médicamente, etc.

Asimismo, hoy sabemos cómo durante la experiencia traumática hay una desregulación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiper-activada ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo; núcleo del sistema

límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la temporalización de las mismas. Es decir, sin la intervención del hipocampo las vivencias no podrán ser convertidas en experiencias narrativas con un final y una ubicación en la línea temporal de nuestro ciclo vital. En otras palabras, las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico. Estas vivencias que no han sido "integradas" permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes. Como ejemplo de esto, pensemos en una situación de la vida actual como asistir a un seminario profesional; si hemos tenido malas experiencias no resueltas en nuestro ámbito escolar con los profesores, puede que en la actualidad haya dos sistemas de percepción en la situación de asistir al seminario; mientras que con nuestro yo consciente sabemos que no hay peligro, puede que otra parte de nosotros permanezca alerta ante algo que puede ocurrir que implique riesgo psicológico (ej. "¿y si me hacen una pregunta y no la sé?"). Este procesamiento inconsciente de la realidad está siempre activo e influenciando nuestra experiencia de vida actual.

Nuestro cuerpo y nuestra neurobiología son la "caja negra" que almacena nuestra historia vital; todo está codificado en ella. Podemos decir que nuestras redes neuronales son fruto de nuestras experiencias y que se han inter-conectado para tratar de anticipar situaciones y responder de manera adaptativa o para sobrevivir.

Nuestro cerebro es una máquina de anticipación tratando de dar estructura a un mundo de estímulos internos y externos que ocurren juntos. Estamos hablando de "estados de la mente", en análisis transaccional los denominamos "estados del yo", y son patrones de conducta, emoción y percepción que se activan situacionalmente ante estímulos específicos, generalmente asociados a determinados patrones de la relación interpersonal; clásicamente, situaciones transferenciales.

ABORDAJE TERAPEUTICO

El terapeuta entrenado ha de estar pues plenamente atento y consciente a los diversos modos de la narrativa del paciente; no sólo a lo que el paciente cuenta verbalmente, sino también a como lo cuenta, cómo se expresa y al impacto que tiene en otros, particularmente en la propia relación terapéutica. Todo es narración y todo implica la historia de relaciones del paciente. Así, hemos de entrenarnos en la percepción sutil del modo de funcionamiento psicológico y del funcionamiento biológico del paciente: como respira, los cambios en la coloración de su piel, la activación emocional o los micro-movimientos que acompañan a la narración verbal. Todo ello nos señala el impacto de la experiencia a nivel orgánico.

El papel del terapeuta es pues mantenerse en contacto pleno, en una relación de sintonía fina, con el paciente. Esta sintonía tiene diversos niveles de encuentro: el funcionamiento cognitivo, las manifestaciones emocionales que aparecen durante el encuentro, las interrupciones del contacto con el terapeuta, el nivel de desarrollo de las fijaciones traumáticas que manifiesta el paciente, las necesidades de relación que requiere del terapeuta o que fueron mal atendidas en el proceso de maduración, etc. Con todo ello, el terapeuta actúa como un córtex auxiliar externo (como hace la mamá con el niño pequeño) que ayuda, a través del proceso de indagación, a dirigir y traer a la consciencia del paciente los aspectos de la experiencia que tuvieron que ser negados, apartados o reprimidos para ser aceptado en las relaciones significativas con otros.

A través de este tipo de relación terapéutica, se facilita la integración de la experiencia que fue dissociada de la consciencia y el establecimiento de nuevas conexiones neuronales más adaptativas.

Abordaje somato-sensorial del trauma

El abordaje del trauma severo ha de enfocar pues el legado somato-sensorial de las experiencias traumáticas a través de una observación con consciencia plena (mindfulness) de la experiencia somática. Esto implica un tipo de procesamiento de los registros de las capas subcorticales elaborados por los sistemas cerebrales de

orden superior, corticales; llamamos técnicamente a este tipo de procesamiento "bottom-up".

Se requiere pues instruir y desarrollar en el paciente la capacidad de prestar una atención consciente y enfocada –mindfulness- sobre su experiencia sentida. Definimos mindfulness como: "prestar atención de una manera particular; al servicio del momento presente y de forma no juzgadora". Linehan (1993) por su parte la describe como una combinación de habilidades de observación del "que", describir y participar, y habilidades del "como" de una actitud no juzgadora, centrándose en una cosa a la vez. Este yo observador es claramente asimilable al estado Adulto del yo del que hablamos en análisis transaccional.

Este tipo de observación reta el aprendizaje procedimental automático, reactivo e impulsivo de las memorias implícitas, e implica el descubrir cómo está organizada la experiencia. De esta forma, vamos llevando al paciente del funcionamiento impulsivo al funcionamiento reflexivo.

El primer objetivo de la terapia en un enfoque somático es expandir la capacidad de integración; ello conlleva el diferenciar y unir los componentes separados de la experiencia interna y eventos externos para crear conexiones significativas entre ellos.

Otras tareas del terapeuta son:

Mantener el nivel de activación emocional –arousal- dentro de los límites de tolerancia (al objeto de contener la hiperactivación y la hipoactivación –disociación- y que el hipocampo pueda realizar sus funciones de integración) reconociendo los estímulos activadores, cambiando las tendencias de orientación (el foco de la consciencia), limitando el acceso a la sobre-estimulación de recuerdos demasiado dolorosos.

Fomentar la consciencia del cuerpo. Hemos de instruir en reconocer los signos somáticos de hiper e hipo-arousal.

Desarrollar habilidades de autocuidado (Padre Nutritivo interno) y estabilización del sistema de energía (sueño, comida, descanso, ...)

Habilidades del terapeuta

Rastrear la experiencia, es decir observar de cerca y de forma no intrusiva los componentes no-verbales emergentes

Realizar lectura corporal: observar las tendencias de acción; por ej.: movimientos persistentes y significativos que acompañan a la narrativa verbal.

Realizar afirmaciones de contacto que dirijan la atención al cuerpo: "parece que tu mano quiere...". Estas afirmaciones han de realizarse de una manera no impositiva ni intrusiva, dejando espacio al cliente para que defina su propia experiencia.

Proponer experimentos cooperativos; estos implican un ensayo de cambiar las palabras empleadas, la postura, un movimiento, un cambio de modalidad sensorial y estar conscientes de que ocurre.

Explorar los recursos que ya tiene el paciente acerca de como se calma y como sobrevivió.

Brainspotting© como acceso al sistema neurológico de la experiencia traumática.

Brainspotting© (BSP©) es una técnica de reprocesamiento neurológico descubierto y desarrollado por David Grand, Ph D.. Con BSP© buscamos en el ámbito del área del campo visual en que punto del área visual el

paciente se siente más conectado con su experiencia somática (una vez activada la memoria). Una vez localizado, simplemente vamos a promover la observación con mindfulness de los procesos internos que se despiertan. BSP© implica una consciencia enfocada sobre el foco del problema que está registrado en la red neuronal a la que accedemos. El procesamiento generalmente ocurre de una manera fluida y espontánea por parte del paciente, siempre contenido por la presencia e implicación del terapeuta y la relación terapéutica. El terapeuta mantiene así una actitud de profundo respeto hacia el proceso fenomenológico del paciente tal y como ocurre de manera espontánea.

BSP© activa y acelera el reprocesamiento y promueve la integración y el cambio de la experiencia en el nivel fisiológico con su correspondiente transformación en el plano psicológico (cognición, emoción y conducta).

BIBLIOGRAFIA

Erskine, R. G.; Moursund J. P. & Trautmann R.L (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Nueva York, Brunner/Mazel.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997a). *Methods of an integrative psychotherapy*. En R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* San Francisco: TA Press. (pp. 20-36). (Trabajo originalmente publicado en 1996)

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997b). *The process of integrative psychotherapy*. En R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* San Francisco: TA Press. (pp. 79-95). (Trabajo originalmente publicado en 1993)

Grand, D. (2002). *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*. Publicación española. EMDR, curación a máxima velocidad. Ed.

Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Harper & Collins Publishers.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton: Professional Book

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton: Professional Book

Salvador, M. (2006). *Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia*. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*, New York: Guildford Press.

Van del Kolk, B.A. (1996). *The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder*. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* Nueva York: Guilford. pp. 214-241

Van der Hart, O. Ph.D., Kathy Steele, R.N., M.N., C.S.

Suzette Boon, Ph.D. and Paul Brown, M.D. *The Treatment of Traumatic Memories: Synthesis, Realization, and Integration*. Originally published in *Dissociation*, 1993, 6(2/3), 162-180. Posted at www.trauma-pages.com

with permission of the first author (OvdH) and Editor (R. Klufft).

El autor



[Mario Salvador](#)

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Docente Internacional Certificado en Psicoterapia Integrativa por la IIPA (International Integrative Psychotherapy Association), Analista Transaccional Docente y Supervisor Provisional por EATA-ITAA (Asociación Europea e Internacional de Análisis Transaccional); Docente Certificado en PCM y PTM (Process Therapy Model) por Kahler Associates, Clínico y Supervisor en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) por la Asociación de EMDR Europea; y Trainer de Brainspotting. Es Director de ALECES, Instituto de Psicoterapia Integrativa, profesor en el Máster de Psicoterapia Humanista Integrativa del Instituto Galene en Madrid y del CEP Eric Berne de Barcelona. Es miembro de la directiva de la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa (www.integrativeassociation.com) y responsable de la Comisión de Estándares y Certificación. Profesor tutor de la Universidad de Educación a Distancia (UNED).

Instituto de Desarrollo Humano Aleces